

西川町地産地消弁当提供見守り事業利用申請書

申請日 年 月 日

西川町長 菅野 大志 殿

申請者 印

住所

電話

西川町地産地消弁当提供見守り事業要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1	利用者	氏名						
		生年月日	大正・昭和	年	月	日	歳	
		住所	西川町大字					
		介護認定	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	要支援	要介護		
		有効期間	年		月	日から	年	月
2	家族構成	続柄	氏名		年齢(歳)			
					歳			
					歳			
3	緊急時連絡先	続柄	氏名		電話番号			
4	利用日	利用曜日	月曜日		水曜日		金曜日	
		希望日	年		月	日	曜日から	
5	食物アレルギーの有無	無 ・ 有 ()						

※承諾 上記記載内容に相違がなく、説明事項(対面で受け取り・午後2時までに食べることを確認)を確認し承しました。また、地産地消弁当利用料確認のため、私の世帯に係る町民税額を健康福祉課において閲覧することを承諾します。

利用者名 印

【町記入欄】

判定	判定日:	年	月	日
	適 ・ 却下理由()			
	利用者負担額1個あたり	: 200円	300円	400円